(എംപ്ലോയീസ് സ്റ്റേറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് കോർപറേഷൻ)

എസിക് - 53/ESIC - 53

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ വിവരങ്ങളിൽ മാറ്റങ്ങൾക്കുള്ള അപേക്ഷ.

Application for change in particulars of insured persons

ഇൻഷുറൻസ് നമ്പർ Insurance No.....................തൊഴിലുടമയുടെ കോഡ് നമ്പർ Employer's Code No.....................

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ പേര് Name of the insured person...

അഡ്രസ്സ് Address...

....തിയ്യതി Date.....................

To റീജിയണൽ ഡയറക്ടർ/ഇൻഷുറൻസ് മെഡിക്കൽ സർവ്വീസസ് ഡയറക്റ്റർ/ലോക്കൽ ഓഫീസ് മാനേജർ ഇ.എസ്.ഐ. കോർപറേഷൻ / സ്കീം
The Regional Director / Director of Insurance Medical Services / Local Office Manager, E.S.I. Corporation / Scheme.

സർ, Sir

എന്റെ രജിസ്ട്രേഷൻ താഴെ കാണുന്ന വിധത്തിൽ മാറ്റുവാൻ/എന്റെ റിക്കാർഡിൽ താഴെ കാണുന്ന മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തുവാൻ അപേക്ഷിയ്ക്കുന്നു.
I request you to please change my allotment as follows or carry out the following changes in my records.

1. ലോക്കൽ ഓഫീസിൽ നിന്നും From Local Office.......................ലോക്കൽ ഓഫീസിലേക്ക് to Local Office..........
2. ഡിസ്പെൻസറിയിൽ നിന്നും From Dispensary.....................ഡിസ്പെൻസറിയിലേക്ക് to Dispensary.........................

*3 ൽ നിന്ന് From...ലേയ്ക്ക് to...

മാറ്റങ്ങൾക്കുള്ള കാരണങ്ങൾ Reasons for changes..

....

നിങ്ങളുടെ വിശ്വസ്തൻ yours faithfully,

*മറ്റെന്തെങ്കിലും മാറ്റങ്ങൾ Any other charges

നമ്പ്ര് No..........................

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ് / ഇടത്ത് തള്ള വിരലടയാളം
Signature/L.T.I. of the I. P.

ആവശ്യമായ നടപടിക്കു വേണ്ടി മാനേജർ.............................ലോക്കൽ ഓഫീസിലേയ്ക്ക് അയച്ചിരിക്കുന്നു. ഞങ്ങളുടെ റീക്കാർഡുകളിൽ അപേക്ഷകന്റെ പേരിലുള്ള മാറ്റം യഥാവിധി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്.
I Forwarded to the Manager, Local Office............................for necessary action. The change in the name of applicant has been duly carried out by us in our records.

തൊഴിലുടമയുടെ കോഡ് നമ്പ്രും ഒപ്പും.
Signature and Code No. of the Employer

(എംപ്ലോയീസ് സ്റ്റേറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് കോർപറേഷൻ)

എസിക് - 53/ESIC - 53

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ വിവരങ്ങളിൽ മാറ്റങ്ങൾക്കുള്ള അപേക്ഷ.

Application for change in particulars of insured persons

ഇൻഷുറൻസ് നമ്പർ Insurance No.....................തൊഴിലുടമയുടെ കോഡ് നമ്പർ Employer's Code No.....................

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ പേര് Name of the insured person...

അഡ്രസ്സ് Address...

....തിയ്യതി Date.....................

To റീജിയണൽ ഡയറക്ടർ/ഇൻഷുറൻസ് മെഡിക്കൽ സർവ്വീസസ് ഡയറക്റ്റർ/ലോക്കൽ ഓഫീസ് മാനേജർ ഇ.എസ്.ഐ. കോർപറേഷൻ / സ്കീം
The Regional Director / Director of Insurance Medical Services / Local Office Manager, E.S.I. Corporation / Scheme.

സർ, Sir

എന്റെ രജിസ്ട്രേഷൻ താഴെ കാണുന്ന വിധത്തിൽ മാറ്റുവാൻ/എന്റെ റിക്കാർഡിൽ താഴെ കാണുന്ന മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തുവാൻ അപേക്ഷിയ്ക്കുന്നു.
I request you to please change my allotment as follows or carry out the following changes in my records.

1. ലോക്കൽ ഓഫീസിൽ നിന്നും From Local Office.......................ലോക്കൽ ഓഫീസിലേക്ക് to Local Office..........
2. ഡിസ്പെൻസറിയിൽ നിന്നും From Dispensary.....................ഡിസ്പെൻസറിയിലേക്ക് to Dispensary.........................

*3 ൽ നിന്ന് From...ലേയ്ക്ക് to...

മാറ്റങ്ങൾക്കുള്ള കാരണങ്ങൾ Reasons for changes..

....

നിങ്ങളുടെ വിശ്വസ്തൻ yours faithfully,

*മറ്റെന്തെങ്കിലും മാറ്റങ്ങൾ Any other charges

നമ്പ്ര് No..........................

ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ് / ഇടത്ത് തള്ള വിരലടയാളം
Signature/L.T.I. of the I. P.

ആവശ്യമായ നടപടിക്കു വേണ്ടി മാനേജർ.............................ലോക്കൽ ഓഫീസിലേയ്ക്ക് അയച്ചിരിക്കുന്നു. ഞങ്ങളുടെ റീക്കാർഡുകളിൽ അപേക്ഷകന്റെ പേരിലുള്ള മാറ്റം യഥാവിധി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്.
I Forwarded to the Manager, Local Office............................for necessary action. The change in the name of applicant has been duly carried out by us in our records.

തൊഴിലുടമയുടെ കോഡ് നമ്പ്രും ഒപ്പും.
Signature and Code No. of the Employer